OSPEDALE PSICHIATRICO PROV.LE DI CATANZARO
IN GIRIFALCO
(DIRETTORE A. PUCA)

Neurosi traumatica e Neurosi post-emozionale

Diagnosi Biologica

per il Dott. Annibale Puca

Estratto dagli "Annali dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale
di Catanzaro in Girifalco" Anno 1930

CATANZARO
TIPO-EDITRICE BRUZIA
1930

Neurosi traumatica e Neurosi post-emozionale

Diagnosi Biologica

per il Dott. ANNIBALE PUCA

Il trauma, in senso lato « causa violenta esterna », nella genesi delle neurosi rappresenta l'elemento causale ultimo, l'agente scatenante, in quanto svela dalla originaria costituzione isterica o psico-astenica, la sindrome caratteristica che oscilla tra la forma a reazione psicogena, sostenuta dall'idea coatta, inibente, attardatrice, e la cenestopatia.

Caratteristica, dicevo, non per i segni che sono di due psico-neurosi confinanti, variamente frammiste, ma perchè il paziente è sempre il primo e più tenace assertore del rapporto tra causa ed effetto, tra disturbo subbiettivo e incapacità lavorativa.

Giustamente Heilbronner ha proposto per questa forma il termine di neurosi giuridica; anche perchè, aggiungo, essa è sòrta sui gradini di un tribunale, dove in incomposta competizione, medico-legista e patrono hanno sottilizzato incosciamente o con squisito senso demagogico,

amplificando e slargando i confini di una sindrome, per spillare al lavoro umano una aliquota del suo valore e per sottrarre alla produzione una parte dei suoi diritti.

Questo servì a istillare nella forma plastica di una mente minus-valida l'idea satura d'emotività, capace di trasformarsi in fenomeno organico e d'invadere il campo della coscienza individuale e collettiva.

In un passato storico ebbero la stessa genesi le grandi isterie della Salpetrière, oggi riportabili a fenomeni pitiatici.

Molte neurosi traumatiche non sarebbero, se non ci fosse l'indenizzo e il concetto di infortunio inteso nel senso di « trauma sofferto in circostanze da dare il pretesto ad un risarcimento di danni ».

Nè è possibile deliminare fin dove il fenomeno suggestivo è cosciente e quando diviene sub-intenzionale, fin dove la finzione è normale o patologica, poichè, ove cade su terreno predisposto originariamente, metabolizza e trasforma, riduce e si integra nel somato psichismo oscuro (piano neuro-vegetativo e cenestesico), che è lo strato, su cui germoglia, in opposizione alla personalità cosciente, la neuro-psicosi.

I caratteri specifici di questa sindrome sono in rapporto ad un fattore sociologico, per la convinzione trasmessa che la legge debba risarcire il danno, nello stesso modo che per il nocumento dell'integrità fisica.

Chi lavora si vuol sentire protetto nel tempo al di là di ogni evenienza, che possa limitarne il valore e la continuità.

Ciò è innegabilmente legittimo. Non è invece regolare l'abuso, la frode, la simulazione. Ma quì abuso, frode, simulazione, per un fattore incosciente, sono espressione di stato morboso.

I segni si riportano quindi al modo come l'infermo riferisce l'anamnesi, alla precisazione della causa, alla richiesta che avanza de l'indennizzo per disturbi non somatici, ma funzionali, puramente subbiettivi, intollerabili, persistenti, di cui non è traccia se non in vasto disturbo dinamico.

Esiste così uno screzio psico-genetico nella compage correlativa dei fattori che tendono all'attuazione pratica; direi quasi, una schisi nelle rappresentazioni coscienti ed automatiche che si trasformano nell'impulso motorio costruttivo ed integrativo; inibizione proiettata dall'idea ossessiva sulle capacità produttive; impervietà delle vie attraverso cui il lavoro si canalizza prima come elemento psichico, poi come manualità automatica; *blocage* dei fattori cenestesici che concorrono nel processo volitivo.

La genesi è nella rappresentazione contraria ed opposta, che si cristalizza nella coscienza singola o collettiva per fattori sociologici.

Perche quì, più che altrove, concorrono all'impalcatura psicosica costituzione, elemento statico, temperamento, elemento dinamico e carattere, elemento sociologico. Così come la personalità non si scinde nel mezzo sociale; ma è la somma di elementi intrinseci e di fattori mesologici ambientali, che interferiscono ed incidono sul nostro io (Blondel).

I fattori sociologici, nel caso, sono l'attrito tra datori e lavoratori, la possibilità del risarcimento, ecc.

Ove questi fattori venissero eventualmente a mancare, la neurosi traumatica, giuridica, da infortunio, da indennizzo, querulatoria degraderà nella sua frequenza e si ridurrà alle sole forme, che hanno troppe salde radici nella predisposizione neuro-psichica.

Queste nevrosi sono appanaggio delle sole nazioni civili. La Carta del Lavoro, oltre che appianare le divergenze economiche, ha un valore morale altissimo, perchè ripone su un piedistallo di santità il lavoro umano; e questo innesta, insieme al capitale, nel supremo fine della cosa pubblica. La Carta del Lavoro avrà nelle generazioni un innegabile valore educativo, perchè dal conflitto degli interessi si giunge alla concezione del lavoro come elevazione di sè stessi, come dovere verso la società, come bisogno etico.

Non più il conflitto e la guerriglia, e quindi il sotterfugio e l'inganno; ma giusta comprensione dei propri ed altrui diritti, nell'ingranaggio di un interesse generale, che deve assorbire il particolare ed il singolo, sarà *l'animus* o disposizione mentale, che inserirà il lavoratore nella produzione. Con la rimozione di questo fattore sociale, scompariranno molte nevrosi traumatiche.

La rappresentazione dello sfruttamento, della sopraffazione, della soverchieria, con la contro-rappresentazione dell'inganno, della ritorsione, del rendimento minimo, avevano formato quella coscienza sociale, trasmessa attraverso il conflitto economico politico da un secolo in qua, su cui

ha germogliato questa particolare psicosi, prodotto del tempo, delle credenze, delle sovrastrutture politiche, delle crisi economiche; così come nel Medio Evo lo fu la psicosi claustrale; più tardi quella isterica; e verso la fine del secolo XIX, quella neurastenica.

Con ciò non voglio distruggere queste forme, che sono innegabilmente lesioni della mente, deviazioni dei normali processi psichici per acquisizione errate, per sillogismi mal costrutti, per stasi nel metabolismo mentale.

La malattia resta però quale è: un processo morboso inibente sulle facoltà costruttive per una idea preformata, ancestrale, degenerativa, che è sorta e si trasmette per un fenomeno storico.

E fu un vero malato, colui che per lo spavento di un urto del treno, accusò vertigini, angosce, stanchezza, e divenne incapace al lavoro.

Il trauma spavento s'ingrandì nella cassa armonica della costituzione emotiva, elevando l'emozione elementare in cerchi più alti e in assonanze contigue, onde, ostruite, le vie della derivazione e respinto lo spavento nel piano neuro-vegetativo, sotto il miraggio del risarcimento affermato e sancito nelle abitudini e nella legge, edificò la prima forma di *railway-spine*.

Non si nega quindi alla nevrosi traumatica la sua autenticità morbosa; si vuole anzi porre in giusto valore quanto possa sulla integrità psichica e somatica il trauma spavento e riportare al primo piano il substrato fondamentale, su cui può aversi l'esplosione sintomatica; e il fat-

tore squisitamente sociologico che non mi sembra troppo valutato.

La « causa violenta esterna » anche quando non lascia traccie organiche, il che non è facilmente dimostrabile, ed agisce in virtù del fattore spavento, può indurre modificazioni gravi nella integrità psichica.

E queste sono modificazioni umorali, le quali confermano che l'emozione ha un corrispettivo somatico non apprezzabile con comuni mezzi di indagine e nei termini della visibilità, ma anche i disturbi funzionali sono in rapporto a variazioni molecolari (Lammonier). Durante la guerra fu osservato che alcuni soldati presentavano alterazioni vascolo sanguigne analoghe a quelle dello choc emoclasico di Widal.

Quando l'emozione, o per la intensità o per il fondo costituzionale, è patogena, nel senso che genera disturbi permanenti o protratti, può produrre sintomi a carico del cuore, del sistema nervoso, della pelle (Flaudin), ma non è stato chiarito il nesso causale tra scossa emozionale e fenomenti nervosi ad essa attribuibili.

Ogni onda emozionale si trasmette per vie, che possono anatomicamente identificarsi.

« Non si concepisce emozione « dice Hartemberg », che si scarichi nel campo viscerale senza aver prima illuminato una rappresentazione cerebrale ».

Punto di partenza e di arrivo i centri superiori, a cui giunge per le vie centripete, l'onda emotiva si scarica per tre vie:

1. lungo le fibre cortico - talamiche, ai nuclei della base, sede della mimica facciale.

2. Lungo le vie cortico-bulbari, ai nuclei del vago.

3. lungo le vie cortico-spinali, ai centri del simpatico.

L'onda emozionale può derivarsi allo esterno attraverso le vie motrici oppure ristagnare nel campo viscerale.

Normalmente queste vie sono pervie e per esse l'emozione si scarica; ma per condizioni patologiche si « intova », ed allora l'organismo reagisce con risonanze psichiche esagerate, con iperemotività ed eccitabilità psico motrice, ovvero con fenomeni viscerali persistenti.

La condizione necessaria è che l'organismo sia sensibilizzato all'emozione.

E siccome tra ipersensibilità e anafilassi il passaggio è breve, si è parlato di fenomenti anafilattici dell'emozione (Pascal e Davesne).

L'anafilassi presuppone una sensibilizazione precedente, così come alcuni organismi sono sensibilizzati ad antigeni proteici per cui dinanzi a dosi minime di quest'antigene hanno una crisi caratterizzata da movimenti bruschi nella crasi sanguigna, nei vari organi e sistemi.

Gli A. A. ritengono che la scossa emotiva sia un antigene (antigene psichico) in quanto l'emozione può, per la sua azione sui visceri, immettere in circolo, sostanze di natura proteica, per sfaldamento cellulare o per azione sulla funzione proteopessica del fegato.

L'organismo del traumatizzato dovrebbe esser anafilat-

tizzato contro quella particolare emozione, che è legata ad una specifica sostanza proteica.

Le nevrosi traumatiche entrerebbero in questa genesi biologica così come vi entrano in senso lato tutte le neuro-psicosi post-emozionali e forse le psicosi emotive.

Con questa stessa modalità patogenetica si son volute spiegare le crisi d'eclampsia e d'epilessia.

I clinici, dice bene Besredka, nel loro desiderio di allargare il dominio dell'anafilassi, e di estenderlo alla patologia umana, hanno commesso in molte circostanze un abuso di linguaggio.

Così sono state dette anafilatiche alcune sindromi solo per la somiglianza.

Ma la comparazione non è una ragione - « Bisogna sempre domandarsi, prima di parlare d'anafilassi, se si ha avuto un apporto di sostanze sensibilizzanti; o se il siero del soggetto sospetto d'anafilassi è capace di trasmettere l'ipersensibilità ad un nuovo soggetto ».

L'antigene sensibilizzante molto spesso è sconosciuto; così come nei casi d'asma, d'orticaria ecc; e lo è di più nell'epilessia e nelle altre psicosi.

Ma in queste ultime con l'anafillasi si possono spiegare solo le crisi d'ansia e non i fenomeni protratti; perchè la crisi anafillatica dura un tempo limitato, nè lascia strascichi (Pasteur Vallery - Radot).

E' vero però che sono state descritte sindromi diatesiche, a carico del tubo digestivo, delle vie respiratorie, della pelle (eczema) e del sistema nervoso (depressione

nervosa, emicrania) di natura anafilattica con partecipazione del mezzo umorale e del sistema vegetativo (Billard).

La crisi emoclasica di Widal, Abramy, e Brissaut non è specifica se non dello *choc;* nè lo è l'eosinofilia.

Il trasporto degli anticorpi da anafilizzato ad animale, sperimentalmente è stato tentato nelle psicosi, non con lo stesso scopo ma per provare la tossicità del siero; e sempre con risultati discordanti.

La prova da uomo ad uomo (prova di Praunitz-Kustner) è la più interessante e quella che meglio potrebbe darci delle indicazioni. Orientare su quel criterio patogenico le psicosi emozionali, vuol dire averne segnato il metodo curativo.

Ma per adesso tutto ciò non resiste alla critica, non è confortato dallo esperimento; e può restare solo come ipotesi di lavoro.

È interessante seguire nel loro tentativo chi vuol riportare anche questa forme alla fisiologia dei riflessi condizionali di Pavlow o riflessi associativi di Bechterew.

« Ogni processo psichico ripete la semplicità di un riflesso.

« Ogni eccitazione è raccolta dalla corteccia cerebrale, e dopo essersi caricata sul limite della coscienza di un colorito piacevole o sgradevole, si scarica per le vie motrici verso i muscoli come atto volitivo.

« Solo nella specie quest'energia incanalata può subire, per opera dell'inibizione o dell'accumulo, stasi sotto forma di energia potenziale nella zona grigia della corteccia e

modificarsi sotto l'influenza di energia già accumulata per scaricarsi in un tempo più o meno lontano « (Puca).

E lo stimolo in quest'arco diastaltico, per i processi psichici è rappresentato da una costellazione di fattori, di cui alcuni in primo piano, altri secondari e nascosti di cui spesso non abbiamo contezza.

Nelle associazioni mentali una rappresentazione o complesso psichico può essere ridestato da infiniti fattori, di cui alcuni in stretto rapporto, altri puramente accidentali.

Trasportare dal campo fisiologico a quello psicologico, dall'esperimento all'uomo, i dati di Pavlow, poteva essere un rischio. E lo è quando dalla normalità, ove il grande russo ha esperimentato, ci portiamo nel campo patologico.

Per questo le riserve sono necessarie. I ricordi di stati d'animo possono essere evocati alla ribalta della coscienza da stimoli che non furono i corrispettivi.

Così molti autori (Tinel, Delmas, De Fleury) spiegano stati fobici, ossessivi sul meccanismo dei riflessi condizionali, in quanto si ridesterebbero crisi d'ansia improvvise per azione di concause assolutamente collaterali.

Le psicosi emotive ed emozionali possono rientrare in questo stesso meccanismo di produzione, in quanto non lo stimolo iniziale e primario le manterrebbe nella loro immobilità e nelle loro esplosioni episodiche accessionali; ma fattori associati nella costellazione causale del tutto periferici e non determinabili.

Delmas così spiega molte forme di perversioni ed inversioni sessuali, sadismo, masochismo ecc.

Nella nevrosi traumatica e post-emozionale, che noi andiamo a considerare, lo *choc* iniziale è accompagnato da diversi elementi genetici, i quali formano il corteo di quella che è l'emozione centrale.

Ognuno di questi elementi può caricarsi d'emotività e far permanere e ridestare a volte la sindrome.

Questo ruolo andrebbe per assumere nella nevrosi da indennizzo l'idea dominante, a volte coatta, del risarcimento, la cui funzione attardatrice è già stata messa in evidenza.

Naturalmente tutto questo meccanismo presuppone la particolare recettività del soggetto.

L'obiezione è che Pavlow ha ottenuto le sue classiche esperienze con la ripetizione.

Negli animali solo con la ripetizione si ha traccia nella memoria organica dei fatti precedenti; nell'uomo l'eccitante assoluto può lasciarsi sostituire dagli eccitanti collaterali, quando si sposta la carica emozionale dal centro ai satelliti.

Perciò in patologia umana i dati della fisiologia sperimentale possono essere adattati solo tenendo presente la funzione che in essa assume il fenomeno emozione.

Fin qui si tratta di ipotesi di lavoro.

Accertato è invece che la scossa emozionale e le sindromi nevrosiche, che a essa si riferiscono, hanno un complesso fisiologico e biochimico, che è l'equivalente somatico del fattore psichico.

È appunto questo che io cerco di studiare in questi due malati, che mi sembrano interessanti per dimostrare

in quali casi la forte emozione può sconfinare nella sindrome morbosa e continuarsi come quadro clinico.

Trattasi di due individui, che sono stati studiati a scopo di perizia medico legale.

I. Caso

Chiamato a dare il giudizio sul conto di S. G. l'ho tratenuto in osservazione per circa 15 giorni, assentendo al desiderio dell'illustre Dottor Guglielmo Mascitelli, della Cassa Nazionale Infortuni, di presenziare alle mie sedute ed ai miei rilievi clinici, ascoltando, d'altra parte, tutte le obbiezioni che l'illustre Collega ha creduto avanzarmi, non circa la figura clinica, netta e precisa nella sua unità nosografica e non discussa, ma per le conclusioni prognostiche e per la valutazione del dannc; punti su cui cercheremo di essere abbastanza precisi, sebbene da tutta l'enorme bibliografia della nevrosi traumatica si tragga una incertezza sconfortante per chi cerca ausilio nella esperienza altrui.

S.. racconta, e non si ha l'impressione che il disturbo ipocondriaco ed i disturbi funzionali subbiettivi si accompagnino alla forma querulatoria di simil nevrosi perchè egli non ha tendenza ad esagerare; non insiste sulla questione dell'indennizzo con eccessività; accusa disturbi semplici, l'incapacità al lavoro, il senso d'inceppamento alle articolazioni brachiali; per cui ci si accorge, a prima vista, di non trovarsi di fronte al simulatore o al portatore *puro* della nevrosi da indennizzo.

Dall'età di 12 anni ha sempre lavorato, prima ai campi, poi ha appreso l'arte del calderaio, che esercitò per i bisogni della sua vita.

Ha sempre girato per le provincie d'Italia. Dal 1920 era in Abruzzi, dove si ammogliò.

Era ad Aversa da qualche anno, occupato alla officina Centrale Elettrica, quando gli capitò l'infortunio per cui è sotto perizia. Il giorno 27 marzo si calò con una fune nell'interno di una condotta sforzata del diametro di circa tre metri, per registrare una valvola.

Era sceso a circa una settantina di metri, quando fu investito da una corrente di acqua.

Comprese il grave pericolo; cercò di risalire, chiese aiuto; fu tirato da due compagni che erano alla sommità del tubo, e quando fu cacciato fuori, svenne. Tutto bagnato, lo portarono alla centrale, accesero il fuoco, lo asciugarono, e dopo un pò di riposo se ne andò a casa sua. L'indomani tornò al lavoro.

Ma due giorni di poi avvertì con intensità dolori agli arti, a carattere reumatico e dovette smettere di lavorare.

Da allora non è stato più capace di lavorare.

Si è fatto visitare a breve distanza da un distinto Medico, che lo trovò in preda a choc commozionale.

I medici ebbero a curarlo per un periodo di tempo di 65 giorni ed attestarono la sua infermità, consistente in emotività, esagerazione dei riflessi tendinei, assenza dei cutanei, adinamia ecc....

Tutto qui il racconto del periziando, senza lusso di

particolari, come succede in simili casi; perchè S. è per lo più taciturno, incapace a confidarsi, a contrarre amicizia, solitario. Durante il periodo di osservazione è stato di poche parole; non amante del vino; quasi assente nello ambiente in cui si trova, pensoso, melanconico, preoccupato.

Attualmente accusa incapacità al lavoro; dice di aver tentato di riprendere le sue occupazioni abituali, che sono molto gravose, ma di essere riuscito di scarso rendimento prima, di sentirsi stanco ed affaticato poi, per cui ha smesso.

Accusa dolori alle articolazioni, specie degli arti superiori, a carattere reumatoide. Accusa inoltre astenia profonda, senso di inceppamento alle articolazioni dei gomiti, depressione psichica e senso di sconforto.

* * *

S. G. fu Luigi e fu M. Agostina, da Zandobbio (Bergamo) di anni 37, di professione calderaio.

Padre morto di cardiopatia, madre morta per malattia che non riesce a precisare. Un solo fratello vivente e sano.

Non vi sono precedenti neuro psichiatrici negli ascendenti e nei collaterali.

Usa modicamente di vino e tabacco.

Non ricorda di essere mai stato ammalato.

Durante la guerra ha fatto il soldato di artiglieria da campagna, servendo in prima linea; non fu ferito, nè malato.

Individuo di sana costituzione scheletrica, con masse muscolari molto ben sviluppate; normale il pannicolo adiposo.

L'apparato glandulare non presenta niente che possa

far pensare a costituzione linfatica, a diatesi tubercolare od a pregressa infezione sifilitica.

Organi ed apparati assolutamente sani. Cuore nei limiti, con toni su tutti e quattro i focolari; rinforzato e quasi scoccante il II. tono sull'aorta; polso frequente, duro, pieno.

Al momento della osservazione si contano 88 pulsazioni.

Ma ripetendo la osservazione si ha una variabilità sorprendente della frequenza. Nei momenti di emozione raggiunge sino a 110. Altre volte, invece, 92, 96, 84.

La compressione dei bulbi oculari (riflesso oculo-cardiaco) dà una diminuzione di cinque battiti al minuto.

Il polso aumenta facendo passare il malato dalla posizione supina alla eretta. Così pure facendolo piegare fortemente in avanti. Le eccitazioni dolorose, provocate con punture, ovvero con lo scoppio a sorpresa con bombe di carta, provocano modificazioni non solo della frequenza, ma del ritmo, e della forma dello sfigmogramma. I rilievi *allo sfigmografo* sono del massimo interesse per l'estrema variabilità del polso.

La pressione massima al Riva Rocci è di 145; la minima di 100.

Nei momenti di emozione la pressione massima sale a 155.

L'esame antropometrico fa rilevare che il soggetto è un tipo longilineo (III combinazione di De Giovanni), con

sviluppo prevalente del diametro iugolo-xifoideo, sui diametri addominali xifo-ombelicale e ombelico-pubico.

Costituzione prevalentemente toracica e muscolare.

Non presenta caratteri degenerativi antropologici, se si eccettua un lieve prognatismo.

Le urine sono a basso peso specifico, con scarsa concentrazione di principi solidi fisiologici a soglia costante.

Le reazioni sul siero di sangue mettono in rilievo la negatività della reazione Wasserman.

Le varie specie di sensibilità sono state esplorate con accuratezza, senza niente rilevare di anormale al senso tattile, dolorifico, termico, barometrico.

Sensibilità visiva ed acustica normale.

Il campo visivo è concentricamente ristretto nel modo che segue:

Occhio destro: in alto 40, a destra 40, a sinistra 35.

Idem, idem all'occhio sinistro.

L'esplorazione del campo visivo è stata fatta con gli opportuni accorgimenti ad evitare errori ed è stata ripetuta a varie riprese sempre con gli stessi risultati.

Il senso cromatico e la sensibilità olfattiva sono integri.

La cenestesi è alterata, in quanto che il S. si sente come inceppato, costretto, impossibilitato alle iperestensioni muscolari, alle contrazioni forzate, alle esplicazioni del lavoro manuale.

L'esame elettrico praticato sui nervi e sui muscoli con la faradica e la galvanica fa notare:

nessuna modificazione qualitativa;

normale l'eccitabilità galvanica sui nervi e sui muscoli del torace e dell'arto superiore;

diminuita l'eccitabilità faradica, alla cui corrente non si ottiene contrazione se non giungendo al 6 della scala Dubois-Reimond, sui nervi mediani, radiale, ulnare e circonflesso e sui muscoli pettorali, bicipite, brachiale, flessori superficiali delle dita e pronatori.

La dinamometria, varie volte ripetuta, anche nei confronti con i miei infermieri, per eccitarlo alla gara, ed in mia assenza, ha dato costantemente 45 a destra e 40 a sinistra.

Non ha se non lievissimi tremori alle mani.

Il riflesso oculo cardiaco è invertito: 88-94.

Il riflesso addomino cardiaco 88-84.

Dermografismo bianco.

Assenza delle strie di Marañon.

I riflessi superficiali son lievemente esagerati: chiaro il plantare in flessione, il cremasterico, l'addominale.

Il rotuleo è esagerato in ambo i lati. Esiste il sovra e meso rotuleo.

Normale l'achilleo ed il periosteo. Le pupille reagiscono alla luce ed all'accomodazione. Reagiscono inoltre dilatandosi agli eccitamenti dolorosi.

L'esame morfologico del sangue fa rilevare neutrofilia (78 %) e scarsa eosinofilia (1 %) . . . .

Il rapporto della formula leucocitaria non si modifica con la compressione oculare.

Il numero dei leucociti è di 8,000 per millimetro c.;

scende in 6. 800 mezz'ora dopo ingestione di gr. 200 di latte.

Calcio nel sangue mill. 13 %₀.

Potassio nel sangue milligr. 18 %₀.

Riserva alcalina 0,45.

Tensione alveolare 3,6.

La glicemia, misurata a digiuno, è di 0,95 per mille; dopo ingestione di gr. 110 di zucchero, misurando il tasso glicemico di ora in ora, si ha una elevazione della curva dopo un'ora sino a gr. 1,75 e poi decresce lentamente per tornare normale dopo quattro ore.

La colesterinemia è di 0,23 %₀.

Il potere complementare del siero è ridotto a 0,35 ossia meno di un terzo della quantità normale (0,09).

Le prove farmacodinamiche:

Adrenalina milligr. uno.

Polso 82 - 94.

Respiro 18 - 20.

Pupilla normale - midriasi .

Riflesso oculo cardiaco 84 - 82.

Pressione arteriosa 145 - 162.

Pressione alveolare 4,2 - 3,6 -.

Riflesso pilo - motore assente - presente.

Riflesso addomino-cardiaco 82 - 74.

Saliva . . . . assente - assente.

Sudore . . . . assente - assente.

La prova è stata ripetuta con milligr. $1/2$ di adrenalina.

* * *

Pilocarpina millig. quattro:

Polso 82 - 86.

Respiro 18 - 18.

Pupille normali-midriatiche.

Riflesso oculo-cardiaco 80 - 84.

Riflesso addomino-cardiaco 80 - 82.

Pressione arteriosa 145 - 140.

Pressione alveolare 4,2 - 3,8.

Glicosuria - assente, assente.

Salivazione normale-aumentata.

Sudore assente-lieve.

In altre prove eseguite con la caffeina, linfoganglina, eserina, atropina, scopolamina, confermano una maggiore eccitabilità di fronte alle sostanze simpatico che parasimpatico-trope.

Le funzioni psichiche non presentano gran che di importante.

Il contegno è dell'individuo depresso.

La percezione un pò lenta forse per il diverso carattere etnico.

L'ideazione è a contenuto triste.

Ha memoria precisa di fatti ed episodii recenti ed antichi e del trauma che l'incolse; ma non con quel lusso di particolari che è comune ai traumatizzati; tanto è vero che ha sbagliato le date.

Esagerata è l'emotività, di cui è cenno nelle prove fisiologiche.

Il linguaggio stentato, scarso di vocaboli, inespressivo, inefficace.

Dorme poco la notte: ha qualche volta sonni agitati. (E' stato sorvegliato per quindici giorni in un dormitorio comune).

Considerazione sul caso

La nevrosi traumatica è entità nosografica che non si nega.

Che essa non esistesse, quando non esisteva l'indenizzo, è argomento visibile, perchè l'effetto dello choc emozionale acuto, protratto magari da una deviazione inconscia di complessi volitivi ed efiettivi, tende sempre più verso un substrato umorale, che è apprezzabile nell'organismo umano e che lo sarà ancora dippiù quando sarà detta una parola conclusiva sulla biochimica della emozione.

Per cui non esiste disturbo psichico senza il corrispettivo organico e non c'è sindrome psicogena che non si ingrani nell'intima trama dei tessuti, delle cellule, dei plastidii.

La distinzione fra sindrome funzionale ed organica si basava sulla visibilità micro e macroscopica, a meno di lesioni nella compage tissurale; oggi le lesioni istografiche possono essere interpetrate come la traccia di una causa agente, non come la causa stessa, che è a ricercare in modificazioni chimiche dei liquidi di perfusione che sono il mezzo degli scambi, degli impulsi, delle coordinazioni.

E' dimostrato, per esempio, che ad eccitamento emotivo corrisponde un'immissione in circolo di adrenalina, ormone

delle capsule surrenali, che produce un'ipertensione vascolare. L'emozione protratta induce quegli stadi di prescle-rosi, che sono accompagnati da un aumento del tasso della colesterina nel sangue, sostanza il cui ricambio è connesso puranche alle surrenali.

Quando si è parlato di arteriosclerosi in seguito a traumi psichici, non si riguardò questa origine ormonica e si sottilizzò sulla coesistenza o preesistenza della lesione vasale al trauma, senza accorgersi che tutto era perfettamente inquadrabile nel disturbo dinamico degli increti e che è legato ai fenomeni vascolari dello choc emotivo e rappresenta una dei fattori precipui dell'ipertensione.

Cito questo segno perchè è riportabile all'esame del nostro caso.

La nevrosi traumatica è nel caso del Sav., corredata da un corteo di segni, che spesso manca in manifestazioni morbose del genere.

Il restringimento concentrico del campo visivo, accertato secondo le garenzie consigliate dagli Autori, e con l'esame ripetuto a distanza di giorni, sempre con gli stessi risultati, è un segno posto dal Murri al centro di sindrome.

L'instabilità del polso, il quale è sempre tachicardico, ma variabile nella posizione eretta, coricata, flessa, sotto lo stimolo dolorifico e perfino nelle stesse condizioni a distanza di tempo, quest'eretismo cardio-vascolare, sta ad attestare che tutta la vita vegetativa (innervazione e glandule) partecipa all'equilibrio instabile dell'organismo psichicamente traumatizzato.

L'aumento della pressione massima e della pressione differenziale, segno che va sotto il nome del Pende, e sta ad attestare un'ipertiroidismo, vuol dire non solo l'impegno dalla tiroide, ma è anche la spia dell'ipertensione, che è dimostrata pure nel caso in esame, dal polso duro, dalla diminuita concentrazione urinaria, da una certa serpiginosità dell'arterie visibili, segni indubbii di arteriosclerosi. Il tasso della colesterina ne è la prova.

L'esame elettrico con diminuizione dell'eccitabilità faradica dei nervi e dei muscoli è normale, come l'eccitabilità galvanica, la facile esauribilità sotto lo stimolo ripetuto (reazione miastenica), l'aumento dei riflessi tendinei e dei cutanei; i bassi valori al dinamometro, costanti nel tempo, e l'esauribilità dopo poche contrazioni, la facile stanchezza all'ergografo, sono segni positivi che in sicura coscienza fanno formulare la diagnosi di *nevrosi traumatica a carattere prevalentemente neurastenico.*

L'entità della causa, sebbene abbia un valore affatto secondario nella esplosione della sindrome, pur salta agli occhi di chicchesia, ove si immagini il terrore della morte per soffocamento.

Raramente in casi di nevrosi traumatica ci troviamo dinanzi ad una causa di tale entità.

Il nesso tra causa ed effetto non mi deve far spendere nemmeno una parola; e sebbene è a ritenersi sempre preesistente una costituzione neuro-psicopatica, che nel nostro caso non è facile dimostrare, pure è chiaro che uno choc

emozionale, così intenso, possa aver da solo determinato la sindrome in causa.

Ho già accennato alla prognosi, che può essere ben fallace, come sostiene Morselli nel suo classico « Trattato sulle nevrosi traumatiche ».

Molte nevrosi traumatiche, anzi la grande maggioranza guariscono; ma nel caso di S., possiamo affermare che possa riprendere il suo faticoso lavoro di calderaio? Io non credo, ed egli già afferma che vorrebbe cambiar genere di lavoro, per tentare un lavoro meno gravoso per vivere.

Alla prognosi è legato il concetto del risarcimento del danno.

I trattatisti e l'esperienza comune mi suggeriscono che in linea di massima oggi prevale il concetto della liquidazione in casi di accertata nevrosi traumatica.

Dare un *non liquet* in simili casi vorrebbe dire concepire la nevrosi come una sindrome puramente psicogena e credere che esaurita la questione dell'indennizzo tutto si diradi senza traccia.

Circa la misura dell'indennizzo prospetto una duplice soluzione: o si liquida il 30 per cento, così come hanno proposto i precedenti Medici che l'hanno esaminato, computando appunto in base a ciò la riduzione della capacità al lavoro; ovvero, considerato che per un triennio od un quinquennio non produrrà assolutamente nulla, gli si liquida, come propongono allo scopo della cura e della reintegrazione gli Autori Tedeschi (Heilbronner), tutto in una volta la somma totale di triennio o di un quinquennio di lavoro.

II. Caso

Chiamato dalla fiducia del Signor Giudice Istruttore come perito nel giudizio tra i due C. C; per accertare se uno di questi, e precisamente il C. C., di anni 42, bracciante, avesse subito avarie o riduzioni nella integrità psichica in seguito ad uno *choc* emotivo, esponiamo come al solito il fatto, la figura clinica del soggetto in esame, le considerazioni sul caso e le conclusioni relative al quesito.

Il fatto

Ai principii di marzo del 1928 il nostro soggetto ha querelato l'ononimo fu Pietro; perchè questi gli aveva estorto, con raggiro, una dichiarazione di debito di L. 10 mila dinanzi ad un pubblico notaio.

È interessante il modo come il nostro periziando si sia lasciato prendere dall'abile suo cugino, il quale, con la promessa scritta in carta da bollo di dargli in America 15 mila lire se gli avesse ottenuto l'atto di richiamo o in altro modo di farlo emigrare, pretese poi, invertendo i termini, che a rinsaldare quest'obbligo morale il balbuziente C. gli rilasciasse una dichiarazione di debito di L. 10 mila.

In una seconda denunzia il nostro soggetto specifica come fu condotto davanti al notaio per estendere questa dichiarazione di debito, costrettovi delle minacce dell'omonimo il quale gli avrebbe spianato il fucile contro e lo avrebbe minacciato di morte.

In una successiva denunzia in data 13 aprile, il que-

relante specifica maggiormente i particolari delle minacce, che gli furono usate allo scopo di costringerlo alla dichiarazione di un debito inesistente e, qualifica il cugino come « individuo prepotente, violento e pericoloso ».

Da quel giorno il nostro soggetto incominciò a soffrire di una sindrome emotiva che il Dottor Fragola, avendolo visitato a richiesta del suocero, diagnosticò e mise in rapporto al trauma subito, accennando nel contempo alla originaria costituzione neuropatica.

La natura del trauma è meglio specificata nella deposizione del paziente.

Paura protratta per alcune ore per la minaccia imminente di una fucilata qualora si fosse rifiutato di andare per la viottola solitaria da un paese ad un'altro e ivi non avesse accettato supinamente di dichiararsi debitore del violento cugino. Automa nelle mani di questi, invano aveva cercato sfuggirgli, ma ne sentiva la soggezione paurosa, perchè a scusa del suo operato l'altro gli rimproverava già da tempo l'omonomia e perciò gli richiedeva il passaporto o le L. 15.000.

Dall'altra parte si grida alla calunnia, alla diffamazione più clamorosa, organizzata sulla trama di un diabolico piano, dal suocero del nostro periziando, B. P. monocolo, uomo astuto e infido, duttile e maligno; vero patrono del nostro soggetto, povero diavolo che ha vissuto di stenti, dalle linee scialbe, scolorite, senza volontà e debole di intelligenza.

Ma il piano sarebbe stato organizzato dal B. ai danni

del C. C. imputato, per antichi rancori e per ragioni di partito.

(Il partito, in quel paesello, sono due o tre persone desiderose di prevalere).

Esiste la minaccia a mano armata, il trauma psichico? Ciò sembra affermato da parecchi testimoni, ma altri negano questa circostanza.

C'è chi li ha visti; c'è chi lo ha sentito dire; ma molti dal racconto dei fatti ammettono la veridicità dell'episodio, perchè il C. imputato (dicono) è « capace di questo e di altro ».

Su tutti i testimoni c'è una accusa: che si siano venduti. La testimonianza falsa è lo sfondo grigio di questo episodio giudiziario; è la tela su cui si proiettano le figure del dramma.

Le *Dramatis Personae*, sono:

C. imputato, tipo violento prepotente, senza scrupoli e senza morale, amante della bettola e della donna altrui, figura di bravo e di faccendiere.

C. periziando, succube, balbuziente, abulico, lavoratore, corto d'intelligenza, incapace al male.

B. P., figura socratica convincente, astuto, duttile, « tenace colono » capace di ordire ogni trama di odio e di vendetta.

C. B. attiva, minacciosa, traffichina.

Un notaio scaltro; un calzolaio e la moglie amici intimi e cari del primo C.; un agente d'emigrazione, che evita di discutere; un Canonico, che ha sentito dire molte cose;

un podestà che è abbastanza riserbato; il podestà cugino, che è chiamato in causa ma non appare direttamente e che sembra abbia spadroneggiato; una folla di contadini; qualche artigiano, alcuni reticenti, altri gracidanti, che si lanciano da una banda all'altra questa accusa: Vi siete venduti con 500 lire per odio a C., per amore di C., per paura di C., per vendetta a C.

Ciò appare dagli atti processuali lunghi e indaginosi. Chi ha riassunto i fatti vuol esserne al di sopra, per questo riporta frasi e parole usate nel processo; i pro e i contro; e le impressioni, più che proprie, d'altri che vivono attraverso il volume processuale la miseria di un episodio paesano.

Anamnesi familiare ed individuale

Nella famiglia c'è l'alcoolismo abituale della gente di campagna.

Il padre è morto annegato in seguito ad uno accesso di epilessia idiopatica, di cui soffriva, cadendo in un fiume.

La madre invece morì di cardiopatia in età avanzata.

Primogenito di quattro figliuoli, nato a termine.

Tra i genitori non c'era differenza d'età.

Non beveva oltre la norma; è fumatore.

Riferisce che ha incominciato ad avvertire confusione mentale, arresto nei processi ideativi ed evocativi, con incapacità al lavoro, in seguito alla scossa emozionale violenta per le minacce del cugino, che gli intimò, mano armata, la dichiarazione del debito.

Quella sera, egli dice ne ebbe una febbre alta; e d'allora presentò il complesso di sintomi, che oggi accusa.

« Da quel momento, « afferma » io sono stato come stupidito; non mi sento più completamente bene.

« Ho avuto sempre d'allora preoccupazione; andavo a « lavorare, mi veniva a piangere senza motivo, sentivo « indistintamente d'essere rovinato, avevo il pensiero volto « a cose tristi; non vedevo che nero. Parecchie volte du- « rante la giornata avevo scoppi di pianto immotivato; sen- « tivo l'incapacità al lavoro, perchè la testa mi girava; non « avevo l'animo tranquillo. Adesso provo un grande stento « a ricordare le cose, specialmente quelle che si riferisco- « no al fatto accadutomi ».

Sviluppo scheletrico regolare.

Sviluppo muscolare buono.

id. adiposo id.

Stato della nutrizione buono.

Peso del corpo	Kg.	64
Statura	m.	1,53
Ampiezza delle braccia	»	1,58

Cranio

Diametro antero-posteriore mass.	m/m	200
» trasvers. mass. . . .	»	149
Indice Cefalico	gr.	74,05

Curva long. mediana	m/m	340
» trasversale	»	300
Cir. totale orizzontale	»	560
Semic. ant.	»	290
» post.	»	270
» laterale destra	»	275
« » sinistra	»	285
Tipo del cranio		dolicocefalo

Faccia

Altezza della fronte	m/m	54
Diam. front. minimo	»	116
» bizigomatico	»	140
» bigoniaco	»	126
Altezza della faccia	»	125

Misure reali

Numero				*Gradi*
1	Valore tronco	31,0	più	3
2	» arti	117,0	—	15
3	» torace	12,8	più	14
4	» addome totale	18,2	—	3
5	» addome super.	5-3	-12	
6	» » infer.	12-9	-1	

Misure Toraciche

7	Altezza sterno	19	più	22
8	Diam. trav. toracico . . .	28,0	»	1
9	Diam. ant. post. toracico . .	24.0	»	20

Addome superiore

10	Epigastrico pubica . . .	21	0	
14	Diam. trasv. bacino . . .	28	0	3

15	Arto superiore al polso . .	50	più	11
16	» inferiore al melleolo . .	67	—	15

Misure composte

17	Jugulo pubica	49	—	4
18	Altezza add. totale. . . .	30	—	15
19	Statura	153	—	9

Cranio: a tipo dolicocefalo - plagiocefalico, con lieve preponderanza della metà sinistra. Fronte alquanto sfuggente; piccola cicatrice alla bozza frontale destra;

Faccia: faccia grande angolosa ed asimmetrica, con preponderanza della metà sinistra e lieve deviazione a destra. Arcate sopra orbitarie, pronunziate;

Occhi: regolari, un pò infossati sotto le arcate;

Orecchi piccoli inseriti ad ansa con lobulo quadrato e sessile;

Naso grosso in basso, rincagnato, alquanto a sella con narici ampie; è pure leggermente deviato a destra;

Nella bocca: labbra grosse e l'inferiore un pò spor-

gente: rima boccale larga; lingua larga, piatta; piccolo diastema dentario fra gli incisivi superiori;

Nella cute: di colorito bruno. Cicatrici da dermatite pustolosa al collo ed all'avambraccio destro.

Nei peli: bene sviluppati, lieve ipertricosi al petto ed all'addome.

Capelli folti, brizzolati.

Nei genitali: sono bene sviluppati, tanto il pene che i testicoli.

Nel tronco: piuttosto lungo in rapporto agli arti inferiori. Notasi lieve cifosi.

Negli arti: mani corte e tozze; poco sviluppate le falangette.

Si notano cicatrici estese superficiali alla regione postero-interna della coscia sinistra.

Vita vegetativa

Torace: Nulla di notevole all' esame dell' apparato respiratorio.

All' esame del cuore si nota lieve rinforzo del 2° aortico - Il polso è un pò duro - Arterie temporali un pò serpiginose.

Addome: Nulla di notevole all' esame dell' apparato digerente.

Normali gli organi addominali.

Organi genitali: la loro funzione è regolare.

Sistema linfatico: si palpa qualche nodulo linfatico al collo ed all' inguine.

Funzioni trofiche: normali.

Wasserman - negativa.

Glicemia a digiuno gr. 1,20 °/°°.

Ho somministrato gr. 96 di zucchero e determinata di mezz'ora in mezz'ora la glicemia:

Glicemia iniziale a digiuno	1,15 °/₀
Dopo mezz'ora	1,15 °/₀
Dopo un'ora	1,35 °/₀
Dopo un'ora e mezza	1,40 °/₀
Dopo due ore	1,45 °/₀
Dopo due ore e mezzo	1,30 °/₀
Dopo tre ore	1,50 °/₀

Calcio nel sangue	mill.	9 °/°°°
Potassio »	»	21 °/°°°
Indice di Alcalosi	»	5,9 °/°°°
Colesterina	»	1,80 °/°°°

Reazioni Farmacodinamiche

Adrenalina 17-4-930 Milligr. uno:

Polso 64-60

Respiro 16-18

Pupilla normalmente reagente - legg.te più dilatata.

Riflesso oculo cardiaco 60-52

Pressione arteriosa 125-135

Pressione alveolare 5-5,5

Riflesso pilo-motore assente. Oss.

Riflesso addomino cardiaco 66-68
Glicosuria » assente-assente
Saliva » normale »
Sudore » » »

19-4-930 ore pomeridiane

Atropina milligr. uno:
Polso 60-62
Pupille: normali - leggermente dilatate
Riflesso oculo-cardiaco 54-50
Pressione: 1,25-1,20
» alveolare: 5,6-6
Riflesso pilo motorio: assente-assente
Riflesso addominale cardiaco 62-62
Glicosuria: assente
Saliva normale-normale
sudore » »

25-4-930 ore 15

Cloridrato di eserina (0,0005):
Polso 61-80
Respirazione 22-30
Pupille: normali-miotiche
Riflesso: oculo card. 63-80
» addominale cardiaco 66-80
» pilo motore assente - Oss.
Pressione arteriosa 125-135
» alveolare 6.5-6

Glicemia: assente

Saliva giusta - aumentata

Sudore: assente - aumentato

10-9-930 ore 15

Cocaina (0,01):

Polso 64-66

Respiro 21-6.22

Pupille...... leggermente midriatiche

» leggermente più midriatiche.

Riflesso oculo cardiaco 65-63

» addomino cardiaco 70-68

» pilo motore: negativa vegetale.

Pressione arteriosa: 125-120

» alveolare 6-6.3

Glicosuria: assente-assente

Saliva giusta id.

Sudore assente id.

8-5-930 ore 11

Pilncarpina (0,0005):

Polso 50-62

Respirazione 21-16

Pupille: normali - leggermente midriatiche

Riflesso oculo-cardiaco: 50-59

» Add. 53-62

» pilo-motorio negativo - negativo

Pressione arteriosa: 125-130

Pressione alveolare: 6-6,5
Glicosuria: assente
Salivazione: giusta-abbondante
Sudore: assente - abbondante

12-5-930 ore pomerid.

Bromidr. di scapolamina:
Polso 53-57
Respirazione 22-24
Pupille normali - un pò midriatiche
Riflesso - oculo cardiaco: 53-57
» addominale 55-62
» pilo-motorio negativo negativo
Pressione arteriosa 125-120
» alveolare 6,0-6,02
Glicosuria assente-assente
Salivazione: normale-diminuita
Vomito vertigini

Sensibilità visiva: Visus conservato in ambo gli occhi.
Campo visivo - un pò ristretto in alto.
Sensibilità gustativa - Conservata
Olfattiva idem.
Uditiva idem.
Viscerale idem.

Riflessi

Cutanei:
Plantare: presente
Cremasterico: vivaci
Addominale: presente
Genitalico: presente
Ascellare: presente
Gluteo: presente

Delle Mucose

Congiuntivale	presente
Del condotto uditivo	idem.
Della schneideriana	idem.
rettale	idem.
vescicale	idem.

Riflessi Pupillari: Normali ai vari stimoli

Riflessi tendinei: sono tutti presenti e normali, un pò vivaci i patellari.

Mobilità

Generale - Conservata e coordinata

La deambulazione - si compie regolarmente sia ad occhi chiusi che aperti.

Non esiste fenomeno di Romberg.

Della faccia: normale.

Della lingua: Si notano tremori fibrillari alla punta della lingua protesa.

Degli arti superiori: normali.

Del tronco : idem.

Degli arti inferiori: normali.

Tremori assenti.

Parola balbuziente.

Scrittura: analfabeta.

Dinamometria: la forza muscolare è bene conservata in ambo le parti del corpo.

Reazione elettro neuro - muscolare: normale.

Fisonomia e mimica: Atteggiata ad espressione di tristezza.

Funzioni Psichiche

E' deficiente originario, facilmente impressionabile e suggestionabile, ed anche facilmente emotivo; del resto è lucido, orientato, tranquillo, buono e non presenta alcun disturbo sensoriale nè ideativo.

Ha contegno corretto, si alimenta e riposa.

Coscienza ed orientamento

(Tempo e persona)

Interrogato sa dire il nome ed il cognome, sa di quanti anni è, che mestiere fa, il paese di nascita; è orientato perfettamente: sa di trovarsi in manicomio, conosce il nome

del Direttore e del Sanitario che l'interroga, apprezza normalmente le distanze.

Memoria: Ricorda i nomi dei genitori, sa dire di essere stato due volte in America, e ne ricorda i particolari di viaggio e di soggiorno.

Gli è stato detto il N. 857 all'inizio dello interrogatorio; dopo circa mezz'ora lo ha ricordato perfettamente.

Assicura di aver lucidi i ricordi e di non aver mai sofferto d'amnesie temporanee o durature.

Gli sembra di aver inceppo nell' evocazione dei ricordi specie quelli specifici al fatto: infatti si nota un evidente sforzo di evocazione.

Cognizioni elementari: (Analfabeta), conta fino a varie centinaia, sa i nomi dei mesi, i giorni della settimana, sa in che cosa consistono le feste di Natale e Pasqua, sa che vi sono varie religioni ma che egli (come assicura) è cattolico. Dice che Roma è la Capitale d' Italia, non ricorda eventi storici anteriori alla sua fanciullezza. Sa fare apprezzamenti circa il valore di oggetti e di metalli.

Ragionamento: Nel ragionamento è un pò tardo, ma sa lo scopo per cui si trova quì e sa esprimerci i suoi propositi di lavoro non appena sarà dimesso.

Concetti morali: Per il suo grado sociale i concetti morali sono normali e li esprime normalmente.

Umore ed affettività: Sembra preoccupato, si emoziona facilmente e detta emozione si traduce subito in una evidente balbuzie. Del resto tale disturbo è quasi sempre pre-

sente, ma attenuato; si preoccupa del suo stato ed ha premura di ritornare in famiglia.

Deliri ed allucinazioni: Non si sono assodati nè deliri nè allucinazioni di sorta.

Espressione e contegno: Appare triste; ha l'espressione quasi amimica marmorea del catatonico, senza contrazioni espressive; ha il contegno di arresto, quasi sempre immobile, tendente a posizioni flessorie di riposo.

Volontà: Sa eseguire quanto gli si ordina con una certa lentezza che è in quasi tutto il suo contegno.

Linguaggio: Il suo disturbo è caratterizzato da una balbuzie per cui inceppa quando parla a voce alta e in momenti di eccitabilità.

Scrittura: non sa leggere nè scrivere.

Diario durante la degenza dell'ospedale

14-2-1930

Ammesso: si presenta di umore depresso apatico facilmente emotivo ed in buone condizioni fisiche.

18-2-1930 - È un debole di mente originario facilmente impressionabile, che va soggetto a crisi di pianto ingiustificate; ha contegno corretto; del resto è discretamente lucido, cosciente e bene orientato; presenta un discreto grado di balbuzie.

25 febbraio 1930 - Ha contegno sempre uniforme: alle volte sta delle ore nella stessa posizione, guardando verso un punto fisso, mentre le lagrime gli colano facilmente

ed abbondantemente dagli occhi; fa qualche conversazione con gl'infermieri o con malati tranquilli e si dimostra discretamente lucido, facendo anche la storia dei fatti che l'hanno condotto in manicomio.

2 marzo 1930 - Si mantiene sempre dello stesso contegno, l'emotività è però alquanto diminuita, nel resto tranquillo, ordinato, lucido. Racconta come un suo parente l'ha costretto con le minacce a mano armata a scrivere un atto notarile a di lui favore e contro la sua volontà. Si alimenta e riposa.

10 marzo 1930 - Il contegno sempre corretto, buono, e tranquillo, lucido, meno emotivo, giacchè le crisi di pianto sono più rare. Conversa con i compagni tranquilli e con gl'infermieri, ai quali racconta i suoi fatti dimostrando di non aver disturbi della memoria nè della percezione o nè dell'ideazione; accusa solo un inceppo, un ritardo nei processi ideativi.

20 marzo 1930 - Si mantiene sempre tranquillo, corretto, lucido, innocuo; abbastanza disciplinato; le crisi di pianto sono più rare. Si alimenta e riposa tranquillamente.

30 marzo 1930 - Si mantiene sempre tranquillo, buono, lucido, corretto e disciplinato: racconta con, sufficiente esattezza i suoi fatti e la sua vita. Sono sempre più rare le crisi di pianto. Non lamenta disturbi della memoria dell'ideazione e della percezione, ma solo un certo grado di deficienza intellettiva e della critica.

Si alimenta e riposa. Già comincia a domandare quando sarà mandato a casa.

Aprile - Si è maggiormente ambientato; sebbene in tutto il suo comportamento si noti qualche cosa d'inceppato.

È un lento sia dei processi psichici che dei processi motori.

Ha scarsissime manifestazioni di attività; solo poche iniziative, volte però coscientemente all'unico scopo della difesa giuridica del suo diritto in questo grave frangente della sua vita.

Un giorno, lui analfabeta, si è fatto scrivere da un demente grafomane un biglietto che diceva: « Sono andato per il mondo con la testa bassa per colpa di quell'altro che disonorò la mia casa, rubandomi una sorella ».

Accenna al C. imputato che deflorò una sorella.

L'odio è vivo pur sotto l'apparente stato di arresto.

Dietro questo stato catatoniforme è la coscienza vigile.

L'emotività esagerata va man mano per scolorirsi.

Considerazioni brevi

Abbiamo studiato il nostro infermo in tre mesi di osservazione sia direttamente che per interposte persone (medico e personale d'assistenza) e l'osservazione è stata accurata, diurna e notturna, perchè il C. era sotto la guardia permanente.

Abbiamo poi esplorato accuratamente il sistema neuro vegetativo, la vita cosciente, le funzioni organiche dell'infermo per addivenire ad un criterio di orientamento il più

possibile preciso nel nostro giudizio clinico. Sul nostro C. pesa una grave ereditarietà neuro-psicopatica: famiglia di poveri contadini, con deficienti mezzi di nutrizione, lavoratori senza tregua e senza risparmio, dediti all'abbondante libazione domenicale, che sana una settimana di spossante lavoro.

I quattro fratelli C. hanno lo spettro dell'epilessia in casa, perchè il padre è un epilettico ed i piccoli lo vedono cadere spesso e schiumar spuma sanguinolenta dalla bocca e dibattersi nella convulsione; e durante un accesso convulsivo cadde nel fiume e morì annegato.

La madre ha un cuore che non funziona.

C;., vive di stenti, cresce gracile, macilento, reca le stigmate della degenerazione eredo-familiare e forse acquisita per encefalopatia infantile in un difetto ridicolo: la balbuzie.

Questo disturbo del linguaggio è qualche volta in rapporto ad alterazioni della innervazione periferica della funzione fonatoria; ma più spesso è manifestazione esteriore di incompleto sviluppo di centri corticali, dove le immagini femiche si formano e donde si scaricano sulle vie di proiezione.

E che il C. fosse un ipoevoluto nello sviluppo cerebrale si appalesa dalle parecchie note degenerative del cranio e della faccia, dalle stigmate dello incompleto sviluppo organico, dalle note di deficienza mentale, che in lui sono appariscenti.

Perchè C. nonostante l'assenza di qualsiasi sviluppo

educativo e culturale è al disotto della mentalità comune del nostro contadino analfabeta, tanto è vero che in paese lo considerano scemo; e si meravigliano che si sia fatti i denari in America, per cui si era creata la leggenda che avesse trovato un mattone d'oro scavando nella terra.

Invece il nostro emigrante con la tenacia di chi non ha motivi sentimentali da appagare, bisogni ideoaffettivi da perseguire, raggranellando i pochi guadagni con il lavoro della vanga, aveva fatto il gruzzolo.

Perchè il C. non manca d'intelligenza pratica, ossia quella capacità d'attuazione per cui l'individuo è al caso di provvedere ai suoi bisogni e a quelli della sua famiglia e sembrerebbe dotato anche di un certo spirito d'iniziativa e di una dose di coraggio, per cui affronta l'Ignoto in cerca di fortuna.

Che se anche l'intelligenza pratica fosse travolta, allora attingeremmo alle forme vere di idiozia.

Qui siamo nelle forme della deficienza mentale, caratterizzata da incompleta stratificazione della personalità somato-psichica, per cui il nucleo cerebrale si evolve sino a un certo punto, ma non oltre. Potremo quasi dire che qui manca lo strato ultimo: quello della mentalità astratta, e sono ridotti a pochi i concetti concreti.

Difetto evolutivo, che si risolve nell'incapacità ad intendere, ad acquisire, a ritenere tutto ciò che si riferisce ai sentimenti superiori, ai complessi ideativi per cui ci si orienta nel mezzo sociale con un fine che è espansivo.

Egli dovunque ha bisogno di poggiarsi ad un altro, di orientarsi e di immettersi nell'orbita di chi lo dirige.

Ha l'incapacità ad essere sè stesso.

Povero di spirito, ma oltre al difetto di orientazione c'è il defict delle acquisizioni; c'è la rudimentalità del processo ideativo; c'è l'atrofia della vita sentimentale, che in lui è imitativa; c'è l'inceppo della volontà, che non guarda oltre i bisogni istintivi ed immanenti.

Grave carenza nello spirito di quest'uomo, che porta nel corpo le stimmate di una razza di scarto e nella psiche la *degenerazione abiotrofica* complicata a fattori mesologici, che molto ne ridussero la spinta evolutiva.

Abiotrofia, che si dimostra nel tipo costituzionale tozzo, ipoevoluto, con eccedenza dei valori del tronco sui valori degli arti, colla forma cranica, i cui valori sono scarsi, spesso asimmetrici, con qualche nota di rachitide. La rachitide è un importante segno di degenerazione.

Ci troviamo quindi di fronte ad un individuo, che studiato dal lato della costituzione è un maorosplancnico, adevoluzione incompleta; picnico, secondo Krestchmer; dal lato umorale tende alla vagotonia e alla alcalosi, a temperamento iporeattivo, a carattere chiuso abulico.

Fra le debilità mentali originarie, questa è la forma più lieve, compatibile nel mezzo sociale, perchè questi organismi a personalità ridotta, a reazione minime, con aspirazioni limitate, incapaci d'affermare la propria volontà, sempre agenti nell'orbita di altri più decisi; a scarse forze centrifughe, a interpetrazioni mitiche, difettosi nel senso di

causalità, incapaci d'iniziativa, sono elementi utili, perchè assolvono funzioni, che vanno per essere assunte dalla civiltà meccanica.

Ncn per questo, nelle stratificazioni della nostra personalità, Trochine ha descritto uno strato meccanico, dove predominano gli automatismi motori, i piccoli concetti concreti ecc.; ed è la stratificazione dove si fermano nell'evoluzione questi soggetti del grande capitolo della debilità mentale.

Cervello invalido per originaria distrofia del germe da fattori ereditarii noti, costituzione ad incompleto sviluppo con note degenerative e di rachitide; debole di mente, ma con alcune note spiccate di emotività, èhe si traduce nell'esagerazione del difetto di pronunzia; ecco il fondo, l'individualità precedente, la figura somato-psichica del soggetto, che noi non possiamo ignorare, se è vero che la psicosi è una reazione di questa personalità anteriore ad una causa nota od ignota (Mignard); e se la malattia è una sovrastruttura della individualità globale (De Clerambaut).

Questo è il tipo, povero straccio della Società, vangaiuolo, emigrante in cerca di fortuna, proprietario alfine di un gruzzolo di denaro, che affida alla moglie e al suocero per farlo investire in un fondicello, dove voleva compiere la sua giornata con la vanga in mano, e donde l'hanno avulso interessi ed odii, per guidarlo al Manicomio, dove in tre mesi non ha dato segni d'impazienza, ha quasi vissuto assente, deviato con l'attenzione verso il tema triste della sua disgrazia, con scarse manifestazioni motorie, per-

chè il suo è un pò l'atteggiamento del catatonico, flesso negli arti, curvato nel tronco, quasi sempre nel cantuccio, a volte se movendo con la lentezza dell'ipertonico; senza esprimere altro desiderio che quello di rivedere i suoi; e a volte ha crisi di pianto, immotivate, diciamo noi, forse montanti dall'incosciente, dall'oscurità della sua anima, dove è il gravame delle sue preoccupazioni indistinte, l'ombra della paura, i suggerimenti dell'odio.

L'incosciente: il sottosuolo della nostra vita psichica, che s'identifica un pò con le emozioni originarie, con il senso vitale, con le stratificazioni reflesso-istintive e primitive della personalità; che ha l'equivalente somatico nel piano neuro-vegetativo ossia nel sistema vago-simpatico (Dide).

Abbiamo esplorato attentamente questo settore del sistema nervoso nel nostro soggetto, per l'importanza che ad esso si attribuisce.

L'esplorazione funzionale con le prove farmacodinamiche ci fa apprezzare risposte pronte, rapide, esagerate anche dinanzi a dosi di saggio minime; più nette per la sezione vagale, che per l'orto simpatico, ma in tutti e due i settori noi troviamo questa iperstenia, questa irritabilità, questa risonanza esagerata.

C'è chi mette in rapporto all'offesa o all'esagerata funzione di questo sistema molti sintomi psicosici.

Il nostro soggetto, dunque, originariamente debole di mente, presenta attualmente una distonia simpatica, a pre-

valenza vagale, per cui è ad indurre un disquilibrio ed una reattività esagerata nella vita emotiva.

Il quadro clinico attuale è quello di una sindrome di arresto, di inibizione psico-motoria, con inceppo alle derivazioni emozionali attraverso le vie di scarico, e questa sindrome sfumata, scolorita, in via di soluzione, si traduce nella incapacità a fissare l'attenzione verso altro tema che non quello immanente, nella lentezza del processo ideativo e nel tono affettivo sentimentale, depresso al disotto della soglia normale; quasi come se tutta l'emotività fosse sotto l'inibizione di uno stato pauroso.

Sindrome di arresto, che può essere alla base delle così dette nevrosi emozionali.

L'importanza della scossa emozionale è stata avvisata in questi ultimi anni dopo la guerra e dopo i traumi psichici dei terremoti.

L'emozione che non riesce a scaricarsi per le vie di derivazione muscolare, ma che si fissa nell'organismo quasi stabilizzandosi nella trama organica è concetto antico, ripreso in questo ultimo tempo sulla scorta delle conseguenze anatomo-cliniche e con lo studio dei componenti somatici della emozione.

L'emozione è stata studiata dal punto di vista della sensibilizzazione di fronte all'antigene psichico che può essere legato ad un complesso proteico.

Sulla scorta di questa concezione anafilattica è stato studiato tutto l'equivalente bio-sierologico, che accompagna

lo choc emozionale perchè l'emozione induce profonde mo dificazioni nel biochimismo.

Difatti nel C. abbiamo trovato questi valori: tendenza all'alcalosi; ipocalcemia; diminuzione del potere complementare del siero di sangue; ipercolesterinemia.

Questo complesso biochimico, che è indice di un disquilibrio nel sistema acido - basico, elettrolitico, eucolloidale del plasma, rappresenta l'equivalente somatico di uno stato psichico.

E ciò conforta la nostra indagine, perchè, se è vero che questa condizione emozionale appare chiaramente dalla indagine ectoscopica e dall'esame psichiatrico, la organicità della sindrome, per chi ammette che ogni psichismo ha un equivalente somatico, trova punti di appoggio in questi dati biochimici.

L'emozione, come causa di nevrosi, può indurre, nello organismo, colpito, tre serie di sintomi:

1. Una sindrome a tipo neurastenico;
2. Una sindrome a tipo isterico;
3. Una sindrome a tipo stuporoso.

Disturbi imprecisi, per cui non attingiamo mai nettamente ad una entità morbosa ben definita; ma ciò si spiega perchè l'emozione potenzia costituzione, temperamento e carattere dell'individuo, e questi attributi fisici e fisico-sociali della individualità reagiscono ciascuno in modo differente nei diversi tipi etologici e noologici.

Il nostro soggetto ha l'aspetto di uno stuporoso, e dello stuporoso ha la lentezza degli atti e dei processi psichici,

ma accusa l'astenia e il casco cefalico del neurastenico; ed ha dell'isterico il fattore sub-intenzionale, cui accenno in seguito, di natura suggestiva.

C'è autori (Abely) che hanno descritte psicosi post-emozionali simulanti perfettamente la demenza precoce catatonica.

Quì del catatonico, stuporoso, c'è l'atteggiamento di immobilità, d'arresto, c'è la silouette tipica del malato attonito, inibito nei suoi movimenti, nel suo metabolismo mentale, l'attenzione polarizzata verso l'unico tema; il tono depresso; la volontà indebolita; la critica e i giudizi scarsi per originaria incapacità e per l'attuale inceppo.

Ma ha l'affettività desta; la coscienza vigile, i ricordi presenti; nessun disturbo sensoriale; non stereotipie; non negativismo.

Accusa senso di vuoto, confusione nel cervello; incapacità lavorativa; cefalee a casco.

Infatti non è stato possibile adattarlo al lavoro.

L'attuale sindrome è da mettersi in rapporto al trauma subito?

Il clichet patologico, che qui abbiamo presentato, del nostro soggetto, può essere certamente quello di una psicosi post-emozionale; tanto più che queste sindromi non hanno delimitazioni nette, contorni chiari, sì d'apparire entità nosografiche a sè; ma sorgono dall'originaria costituzione fondamentale, su cui l'emozione agisce di stimolo.

Il quadro clinico è perfettamente nel nostro caso riportabile ad un trama psichico, di cui non è determinabile

l'entità e che non avrebbe agito deleteriamente se non in un individuo predisposto, minorato per debilità mentale, facile a ricettare impressioni dal mondo esterno.

Perchè C. era un timido, pauroso, suggestionabile, emotivo. Risentiva grandemente la suggezione morale nel cugino, che odiava d'antica data; ma gli ubbidiva ed aveva cercato di cattivarselo coi regali al ritorno d'America.

L'odiava, perchè era stato il defloratore della sorella e « l'aveva fatto andare per il mondo a testa bassa per il disonore patito ».

L'odiava, perchè era temibile, prepotente, forte.

L'odio è in lui un potere oscuro dell'incosciente, di quel deposito che forza spesso la nostra condotta e le nostre azioni.

E l'incoscio giuoca nell'attuale sindrome un ruolo di non piccola importanza; se si considera che tutto questo travaglio, tutta questa disputa giudiziaria, tutto questo affannarsi di gente delle due parti si muove, si agita, spreca i proprii averi per appagare un odio, per soddisfare un bisogno di vendetta, per trovare uno sbocco alle scambievoli animosità.

Ecco perchè abbiamo invocato un fattore sub-intenzionale.

Se il trauma ha agito, l'offeso intuisce che gli conviene sfruttarlo, valorizzarlo, metterlo in evidenza; che la sua malattia è la riprova della colpa dell'altro, sa che così lo danneggia; che così egli si avvantaggia.

E lo stesso processo subintenzionale per cui nella ne-

vrosi traumatica si stabilizza, si arresta la sindrome con il desiderio inconscio dell'indennizzo.

È di natura isteroide, questo fenomeno per cui la malattia si trattiene, l'emotività si esagera sul bisogno inconsapevole di quanto possa rappresentare un interesse: l'interesse dell'odio o del puntiglio.

Ma non è un simulatore; perchè egli ciò non vuole consciamente; e sopratutto perchè il nucleo della sindrome emotiva esiste, sebbene esagerata da questo fattore isteroide, che ha agito in un individuo suggestionabile.

La suggestione è l'imposizione da parte di altri di un nucleo ideo-affettivo che la coscienza accoglie supinamente, senza reagire, e che trasforma automaticamente in azione.

Individuo suggestionabile nella cui coscienza non troppo sveglia per concepire i grandi odii e la perseveranza in essi sarà caduto subdolamente il suggerimento all'odio, che gli veniva da tutti: dal suocero, dai familiari ecc. e il bisogno della vendetta.

Questo debole mentale, che ha patito una scossa emotiva e che presenta una sindrome sbiadita d'arresto psichico, non può dirsi un simulatore, nonostante che scientemente esagerava il suo stato psichico, sino a voler passare per un confuso. Ma se il tentativo cadde dopo i primi giorni d'osservazione, apparve subito chiaramente quella che è la sindrome descritta.

E nessuno riuscirebbe a simulare con tanta perfezione, per un anno, con una continuità e costanza, lo stato attonito, stuporoso del C.

La simulazione di stati psichici appare troppo chiaramente: e noi abbiamo potuto persino tentare di stabilire fin dove arriva la nevrosi emotiva e dove si innesta il fattore sub-intenzionale, che ne attarda l'immancabile soluzione.

Perchè prognosticamente, C. guarisce appena risolta la vertenza, così come avviene nelle nevrosi da infortunio.

E di già, l'evoluzione della malattia ha dimostrato che andiamo rapidamente verso il miglioramento, se per tre mesi di molto è attenuato nelle manifestazioni anteriori, e già alcuni segni scomparsi, e il tono meno depresso; e l'interesse più vivo ai suoi affetti; si che non è difficile prognosticare la reintegrazione completa.

Conclusioni

1. Il C. G. fu Antonio è originariamente un deficiente per incompleto sviluppo somato-psichico, con note degenerative e stigmati organiche d'inferiorità a temperamento emotivo ed a labile sistema neuro-vegetativo.

2. Sull'originaria costituzione ha agito una scossa emozionale a contenuto pauroso per cui presenta una sindrome di nevrosi emotiva caratterizzata da una fase stuporosa di arresto, con segni istero-neurastenici.

3. L'attuale forma va verso la reintegrazione; e, se si riguarda il notevole miglioramento ottenuto durante la degenza, è facilmente prognosticabile la guarigione a breve scadenza.

4. Allo stabilizzarsi e all'affermarsi della sindrome in

esame ha evidentemente contribuito un fattore sub-intenzionale, da ricercarsi nell'inconscia disposizione d'animo dello infermo indifeso per debilità mentale contro la suggestione e i suggerimenti del mezzo sociale, che in lui potentemente agirono, sino a farlo apparire un simulatore; ma il C. non può nè deve ritenersi un simulatore per la stabilità della sindrome, per il decorso, per la continuità, per il complesso biochimico e per le concomitanti neuro-vegetative.

I due casi clinici hanno molti punti di contatto: il trauma, l'intenzionalità, il complesso biochimico; alcuni punti di divergenza: il differente fondo costituzionale e neuro-psichico.

Però tutti e due i soggetti in esame appartengono alla nevrosi da scossa emozionale.

La causa sembrava passare in secondo ordine; ma se si considera la causa come una somma di fattori, l'emozione assume l'importanza di elemento primario, perchè si identifica con le modalità particolari dell'individuo, e con le peculiarii caratteristiche di risonanza della personalità.

Giacchè l'emozione non agisce solo in quanto causa esterna, ma per quel che ridesta nell'organismo di risponденze in quel settore neuro-endocrino, che è l'amplificatore delle cause psichiche e come tali le ingrana nell'organicità.

L'importanza delle cause emotive fu esagerata dalla credenza popolare e rigettata da quanti non ammettevano altre lesioni patologiche che quelle istografiche, ma ritorna in valore dacchè l'umorismo e le conoscenze bioenergetiche degli increti hanno ampliato la nostra visione e ri-

portata a termini più chiari la nozione delle neurosi, ossia delle sindromi nervose sine materia.

E' vero che esistono stati normali della mente che, esagerati, entrano nel campo patologico, di modo che la malattia non è che il prolungamento di una linea.

Però anche stati normali hanno un corrispettivo organico, così come il pensiero rappresenta lo stato eutrofico della cellula; e la cenestesi il normale funzionamento di tutti i nostri organi ed apparati. L'emozione è una causa psichica intesa nella sua genesi, non nel meccanismo di azione, perchè essa agisce somaticamente in quanto che modifica questo stato eutrofico, o i sistemi correlativi e di equilibrio nel nostro organismo.

I sistemi correlativi sono il nervoso, il vasale, l'endocrino, e il reticolo-endoleliale, ingranati nel sistema mirabile degli equilibri, che regolano l'organismo, il neuro-vegetativo, l'acido basico, l'elettrolitico, ecc.

L'emozione produce uno squilibrio brusco in questi sistemi, modificando la normale composizione dei liquidi di perfusione, facendo prevalere elementi del biochimismo organico su altri; rendendo più eccitabile il settore neuro-endocrino, che, con la rete degli endoteli, forma il sistema di Krauss su cui poggia la sensibilità organica diffusa.

Ogni sindrome emotiva si origina a livello di questo settore, dove la senso-percezione trae elementi disintegrativi all'euritmia e al tono normale dei nostri processi psichici.

Su essa la coscienza, epifenomeno, deduce i rapporti

causali, esagerandoli, difformandoli, ma riportabili sempre al fattore organico interno.

Nell'episodio delirante che spesso si origina su questo piano cenestopatico, la coscienza sposta le cause fuori dell'organismo e arriva così all'interpetrazione mitica o xenopatica.

Questi dati dell'alterata sensibilità somatica nell'emozione forzano tumultuosamente la soglia della coscienza senza modificarne il normale contenuto, inizialmente restringendone il campo, ma poi permanendo come elementi parassiti.

Danno così a tutto l'organismo una risonanza esagerata dinanzi a emozioni congeneri o vicine: per cui a stimoli bassi si hanno risposte facili, aumentate e protratte, onde si instaura la sindrome, che ha questo substrato organico e questo meccanismo psicogenetico iniziale.

Nelle forme a decorso lento interviene l'idea coatta, o dominante; o un fattore subintenzionale a carattere suggestivo, che la fa permanere, fissandola quasi nella trama neuropsichica. Ma questo stato è pur anche mantenuto da un'azione di ritorno del componente biochimico dell'emozione, come io ho detto chiaramente altrove.

Lo studio dei componenti organici, ivi dicevo, dell'emozione reca con sè parecchi importanti quesiti e primo fra questi: fino a qual punto lo stato emotivo si accompagna al quadro somatico, e quando questo permanendo immutato può arrestare e stabilizzare per una azione di ritorno la sindrome emotiva?

Forse così alcuni stati psicogeni riportabili a cause affettive, studiati nella loro facies biochimica, potranno essere riferiti a modificazioni organiche secondarie, che si stabilizzano e dilazionano la sindrome oltre il periodo in cui agisce la causa emozionale.

Spesso capita che questa scompare o non si ripete, invece ritorna la stessa sindrome, perchè per altre cause si è riprodotto il quadro umorale.

Sul fattore emozione, ipervalutato da alcuni, negato quasi del tutto da altri, l'unico metodo di ricerca è quello organico.

Ogni emozione, quando cade nel campo della coscienza, produce una brusca reazione, ma subito l'organismo ritrova il suo equilibrio.

Anche questa emozione normale è stata studiata biologicamente e sperimentalmente (Cannon, Derrien).

L'emozione può invece diventare morbosa per due condizioni: per la sua intensità o per il fondo costituzionale.

Sono note le osservazioni di individui, che in seguito a scosse iperemotive, senza nessuna predisposizione, hanno avuto notevoli turbe mentali e nervose (specialmente caratterizzate da stupore affettivo); mentre, ove intervengono segni di pseudo-demenza, puerilismo, reazioni isteroidi; bibisogna ammettere sempre una particolare diatesi mentale.

L'emozione a sola agisce o per l'intensità della scossa, ed in tal caso è utile distinguere tra sindrome emozionale e sindrome commozionale; o per la ripetizione della scossa.

In tal caso rientriamo nel meccanismo della sensibilizzazione, per affinità chiamata oltre alpe « anafilassi mentale ».

Il sustrato basale di questa è il particolare squilibrio vagosimpatico, secondo Dide.

Alcuni individui hanno particolarmente sviluppata la memoria degli stati affettivi.

Ed i fenomeni emotivi si distinguono nella coscienza per categorie precise, in rapporto appunto alla rievocazione che ne fà la coscienza in identici stati d'animo « già sentiti ».

È su queste identificazioni che gli stessi momenti emotivi si ripresentano alla coscienza con maggiore « intensità » e con più forza, appunto perchè hanno già risonato nella cassa armonica della coscienza, dove ogni suono lascia una vibrazione sua particolare, ogni sensazione una traccia elementare, ogni emozione un ricordo specifico, sì che la coscienza, oltre che di strutture originarie, trasmesse, sarei per dire « trascendentali »; di questi elementi acquisiti, quotidiani, immanenti si forma piano piano e si completa.

Sicchè, anche nel puro campo psicologico, è ammissibile e perfettamente giustificata questa sensibilizzazione psichica alle emozioni; che è il contrario dell'abitudine.

Si giunge al concetto, come per un gruppo di fenomeni biologici, che la ripetizione degli atti psichici può generare l'abitudine e l'automatismo, su che si costruisce molta parte della nostra vita cosciente e incosciente; ovvero, in numero limitato, l'ipersensibilità e l'intolleranza, più specificamente per l'emozioni cataboliche, disintegrative; per cui

questa allergia particolare del nostro psichismo può ritenersi un riflesso di difesa.

L'organismo reagisce smodatamente, senza ritrovare il suo equilibrio instabile dopo la scossa, perchè questa ha trovato le tracce di *choc* consimili e li ha assommati.

Ma fin dove l'organismo psichico trova il suo equilibrio instabile dopo il brusco movimento di bascule; e quando lo squilibrio permane, stabilizzandosi nella trauma organica; questo per i costituzionalisti è spiegabile solo con la preesistenza di un *quid ignotum* nella costituzione bio-psichica del soggetto, predisposizione che si identifica con una particolare reattività del sistema vegetativo.

Gli iperemotivi del Duprè e quelli che hanno una più facile risonanza di fronte alle emozioni, sono anche caratterizzati da una labilità congenita od acquisita del sistema vago-simpatico, che forse è predominante nella regolazione degli increti e nei rapporti costanti dei sistemi ionici, delle stabilità plasmatiche e sulle coordinazioni umorali.

« Io ho proposto, dice Duprè, d'individuare sotto il nome di costituzioni emotive, un modo particolare di disequilibrio del sistema nervoso, caratterizzato dell'eretismo diffuso della sensibilità generale, sensoriale e psichica, dell'insufficienza dell'inibizione motrice, riflessa e volontaria, e traducentesi attraverso reazioni anormali nella loro diffusione, loro durata, loro sproporzione con le cause che le provocano.

La costituzione emotiva si caratterizza per una doppia

serie di segni permanenti, fisici e psichici. I segni fisici sono i seguenti:

Diffusa vivacità della riflettività tendinea, cutanea, pupillare, iperestesia sensoriale, con reazioni motrici vivaci, estese e prolungate, principalmente nel territorio mimico e vocale, disquilibrio motore, spamodicità viscerale, faringo-esofagea, gastro entero-spasmo, cito-spasmo con pollacuria, palpitazione.

Il tremito emotivo è sotto molteplici aspetti, tremori nelle estremità, sussulti, soprassalti, brividi, battuta dei denti, balbettamento, mioclonie passeggere, ecc.

Inibizioni funzionali ed impotenze motrici transitorie, debolezza delle gambe, mutismo, rilasciamento degli sfinteri.

Disquilibrio circolatorio, tachicardia occasionale, spesso permanente, di cui la guerra ha moltiplicato gli esempi, con certe forme di ipertensione arteriosa, sopratutto nei soggetti indenni di arteriosclorosi e di lesioni renali.

Disquilibrio termico: variazioni obiettive, apprezzabili alla termometria locale e sensazioni subiettive di calore e di raffreddamento, specialmente all'estremità.

Disquilibrio glandulare: variazioni spontanee e provocate di chocs emotivi, di secrezione sudorale, salivare, lacrimale, gastro intestinale, urinaria, genitale, biliare.

Disturbi della reflettività interviscerale, per associazioni, nei territori dei grandi apparati, spasmi, turbe secretorie, da eccitazione o inibizione funzionale determinate da reazioni riflesse, anormali, passano da un organo all'altro lungo le vie vago-simpatico o cerebro-spinali.

I segni psichici sono:

Impressionabilità, cattivo umore, inquietitudine, ansietà, irritabilità, impulsività.

Più o meno continui o remittenti spesso, parossistiei, questi stati morbosi si alternano o si associano tra di loro, e costituiscono un fondo permanente, un terreno, sul quale appariscono e si sviluppano le sindromi emotive: timidità scrupoli, dubbii, ossessioni, fobie, stati ansiosi semplici o deliranti, angoscie anomalie emotive, psicosessuali.

Nei casi più gravi appariscono accessi di malinconia ansiosa, stati molesti cronici con passaggio a delirii incurabili di auto-accusa, d'ipocondria, di negazione ».

Ora è evidente che moltissimi di questi segni, e specie quelli fisici stanno ad indicare la diretta partecipazione nel sistema vegetativo al processo elementare delle emozioni e alle conseguenze postume e a distanza di stati emotivi, su cui per un processo di stabilizzazione si costituisce la personalità emotiva.

Nei miei casi clinici ho voluto accuratamente sondare le funzionalità neuro-vegetative e il complesso biochimico.

La costituzione dei miei soggetti non è quella emotiva.

Il primo è un uomo valido, sano, lavoratore; il secondo un povero di spirito, abulico; ambedue originariamente ipoestesici, su cui la sindrome emotiva si è innestata, come il pullone su la pianta lontana.

Le modificazioni quindi che noi ritroviamo nel territorio viscerale ed umorale sono perfettamente da riferirsi al fattore causale ultimo: lo choc emotivo.

Vien ammessa oggi una « collaborazione ritmica equilibrata parasimpatico-simpatica » e non l'antagonismo secondo Eppinger ed Hess.

L'esame funzionale di questo sistema vien fatto principalmente con le prove farmacodinamiche, a cui dò la precedenza, perchè a me sembra che, nonostante le critiche attuali, esse restano sempre il miglior metodo di indagine e quelle più sicure per svelare una estesia, una labilità, o un torpore a carico della sezione vagale o simpatica.

Sotto l'azione dei farmaci simpatico e vagotropi, abbiamo esaminato le variazioni del polso, respiro e pressione, dei riflessi oculo-cardiaco e addomino-cardiaco e pilo motore; delle secrezioni; della tensione alveolare e della riserva alcalina.

Se questo esame vien completato dalla nozione della glicemia, della colesterinemia degli elettroliti e del potere complementare come è mia intenzione e come già si sta praticando in questo Ospedale, si giungerà ad un metodo comprensivo di tutte le reattività organiche nella fase statica e dinamica dell'organismo.

L'organismo vien così studiato nel suo quadro viscerale e nel complesso umorale e biochimico allo stato di riposo, e sotto l'azione di farmaci che rivelano la reattività permanente, temporanea o il torpore delle sezioni vegetative.

È importante notare nei due casi come l'indice di acidosi si modifichi differentemente.

Questa indagine che mi sembra non ancora praticata,

è oggetto di altra mia nota, in collaborazione con il dottor Fragola.

Dal lato schematico noi studiamo il comportamento di mezzo e di un milligrammo di adrenalina, di quattro milligrammi e due milligrammi di pilocarpina, secondariamente saggiando anche con atropina, linfoganglina, eserina, scapolamina, cocaina, morfina:

Polso
Respiro
Pressione

Pupilla
Riflesso oculo cardiaco
Riflesso addomino cardiaco

Dermografismo
Riflesso pilo-motore
Sudorazione

PH urinario
Riserva alcalina
Tensione alveolare

Rapporto fosforo organico-inorganico delle urine
Glicosuria
Acidimetria totale

Calcio-potassio nel sangue.
Glicemia e curva glicemica
Colesterinemia.

Potere complementare del siero.

Nei nostri due casi questo modulo non è stato completamente eseguito; ma dagli elementi assunti si può diagnosticare nel primo caso una vagoestesia con simpatico labilità; nel secondo caso una simpatica estesia con vagolabilità.

Tutti i due sistemi sono iperfunzionanti: in modo più permanente l'uno, quasi che la sindrome emotiva avesse trovato elettivamente ricezione in quel ramo; in modo accessionale l'altro, quasi di riflesso o per partecipazione indiretta al trauma che tutta ha scossa la vita viscerale.

Che all'emozione partecipi più l'uno o più l'altro dei due settori, ciò rientra nei domini della costituzione e del temperamento ossia nella trama organica e nei coefficienti di reattività bio-fisiologica, che sono legati al genotipo e che solo eccezionalmente si modifica per condizioni acquisite.

Nei nostri casi la simpatico-estesia coincide con l'individuo eretistico e con la sindrome di eccitazione; la vagostesia con la sindrome depressiva e con l'individuo meizotimico.

Il complesso biochimico e serologico, già da me recentemente studiato, che va riguardato, secondo lo schema precedente, nella fase spontanea e provocata della reattività fisiologica, è quanto mai importante; e a esso dedico poche ultime considerazioni.

Cannon in una serie di studii sperimentali ha dimo-

strato che la eccitazione emotiva provoca una scarica di adrenalina nel sangue.

Questi studii sono stati eseguiti principalmente sul gatto sotto la paura del cane, e con l'eccitazione elettrica degli splancnici.

La scarica di adrenalina provoca iperglicemia, qualche volta glicosuria, aumento della frequenza del battito cardiaco, ipoglobulia. ipercoagulabilità sanguina, azione sulla irritabilità muscolare, nel senso che è accorciato il tempo dopo la fatica, per ritornare il sarcoplasma allo stato tonico, liberazione di calorie, inibizione dei movimenti gastro intestinali con aumento delle secrezioni e dei processi ossidativi.

Questo quadro complesso, simile nell'uomo e nell'animale, sotto l'azione di emozioni forti, non avviene previa estirpazione delle surrenali ed avrebbe il significato di un riflesso automatico, per cui l'organismo mobilita le sue riserve ed aumenta le sue capacità reattive per essere pronto contro un pericolo.

Però così non si spiegano le sindromi paralitiche da paura, nè quei pochi casi di morte da emozione.

Anatomicamente Cannon pone la sede dell'emozione nel talamo, controllato bensì dalla corteccia, donde si diffonde per le vie vegetative agli organi viscerali.

In questa canalizzazione si differenzia la teoria di William James, per il quale l'emozione ha origine periferica e non centrale.

Anche l'eccitazione dello sciatico provoca aumento di

adrenalina e di glicosio. Ma nè questo esperimento, nè la iniezione di adrenalina generano lo stato iperemotivo.

Il che sta a dimostrare che la sindrome umorale non è tutta l'emozione.

Gli studii di Derrien e Pieron sulla scossa emotiva provocata da puntura lombare e che questi autori stabilirono in base alla gicorachia e alla glicemia, dimostrano che in un certo numero d'individui, in seguito allo spavento della paura dell'ago di Quinque, aumenta lo zucchero emativo e rachidiano e si modifica il rapporto tra la glicorachia, glicemia iniziale e glicemia terminale.

Chi scrive è tra quelli che all'aumento dello zucchero nel liquor attribuisce un innegabile valore nello psiconevrosi organiche a virus encefalitico; e ciò annotai sin dal 1921.

Derrien e Pieron contestano la esattezza della diagnosi in una malata di Lourdes, che guarì per suggestione e che sul dato della semplice iperglicorachia fu ritenuta una post-encefalitica.

Trovo giusto che le encefaliti non siano così monosintomatiche, ma dalla mia esperienza posso trarre questi dati:

1. Le determinazioni del glicosio nel liquor e nel sangue fatte nell'individuo malato e nel presumibilmente sano, col sistema del doppione, avrebbe dovuto svelare l'iperglicosia emo-rachidiana d'origine emotiva, in un certo numero di controllo, approssimativamente nel rapporto stabilito da Derrien e Pierron.

Ciò che non è mai avvenuto nelle mie ricerche, nè in quelle di Di Giacomo, di Arias-Rodriquez, ecc.

2. La glicorachia sbalza da 0,50, normale, a 1,20, massimo, nei non iperglicemici (dissociazione emo-rachidiana).

Dai 0,50 ai 0,80 si possono avere sbalzi che io sostengo normali, e che Derrien e Pieron sostengono d'origine emotiva. E non ci sembra importante fermarsi su variazioni minime per affermare cause massime, se si tien presente la relativa imprecisione dei nostri metodi e i possibili eventuali scarti delle sostanze riducenti, per cause banali.

3. Se anche si ammette una iperglicorachia emotiva, si può evitare con piccoli accorgimenti di tecnica (anastesia cutanea, puntura ripetuta ecc.).

Difatti non mi sono mai fermato al risultato della prima puntura, ma ho sempre tratti elementi di giudizio nelle punture successive.

Anche lo aumento dello zucchero nel sangue non mi sembra dato costante, per l'azione paradossa dell'adrenalina. Ho parecchie volte in emozionati rinvenuto tasso glicemico basso.

Però anche in questi è possibile con le prove farmaco-dinamiche, a dosi minime, svelare una tendenza iperglicemica (iperglicemia latente).

Con l'esplorazione della curva glicemica, mercè la somministrazione di zucchero, a seconda della costituzione del soggetto si può avere una curva a tipo vagotonico; ed una curva a tipo simpatico-tonico.

Nel primo caso, dopo la somministrazione gr. 1, 5 di

zucchero per kg. di peso, si ha uno aumento rapido e un ritorno ritardato alla norma.

Nel secondo caso si ha un lieve aumento del tasso e un più breve ritorno alla norma.

Nei due malati presentati abbiamo esempio dell'una e dell'altra. In complesso nelle sindromi emotive esiste una tendenza all'iperglicemia, che spesso si riesce a svelare non allo stato attuale, ma sotto l'azione dei farmaci e della curva glicemica; ma l'iperglicemia non è affatto costante.

Sebbene sia questo il dato più studiato nella scossa emozionale, bisogna non scinderlo dalla costituzione sottostante e ritenere che i vagotonici reagiscono con lentezza alla scarica emotiva e mobilitano scarsamente o per niente le riserve glicemiche, forse perchè lo stimolo degli splancnici alle surrenali è scarso, debole, ritardato.

In ciò si spiega tutta la particolare reattività dei vagotonici.

Al contrario, i simpaticotonici hanno reattività alte; alto il tasso glicemico, le risposte ai farmaci, e la curva dopo ingestione di zucchero.

Anche la colesterina tende all'aumento.

Per la formazione di colesterina d'origine endogena è chiamato in causa il fegato, le surrenali, il corpo luteo e, più recentemente, l'apparato reticolo-endoteliale (Rondoni).

L'organismo umano di fronte all'emozione mobilita anche questo lipoide e in genere tutti gli acidi grassi.

Sternberg in un completo lavoro sull'argomento, dopo aver stabilita la quantità normale di colesterina nell'uomo

e nella donna con il micrometodo di Bang-Blix, che io col metodo di Grigaut trovo più alto di circa 4 ‰, ne studia il tasso nelle psicosi maniaco-depressive e nei dementi precoci, venendo alle seguenti conclusioni: che l'intensità del colorito emotivo di una psicosi si accompagna sempre ad aumento dei lipoidi in genere e della colesterina in ispecie; e si domanda se non esiste un nesso causale tra variazioni emotive e tasso colesterinemico.

I dementi precoci offrono nelle determinazioni da me eseguite, oscillazioni incostanti e molto basse.

Più alte variazioni presentano le psicosi maniaco-depressive, le psicosi alcooliche, le psicosi climateriche e presenili.

Alti valori ho annotato nel loco citato per le sindromi emozionali e commozionali e nei due casi presentati.

Non posso tacere che molte altre condizioni possono intervenire sull'apprezzamento di questi valori: sclerosi e presclerosi vasali, epato-patie, climaterio, gravidanza, malattie infettive, diabete, ecc. per cui è opportuno giustamente valutare coincidenze morbose nelle psicosi da noi studiate.

In rapporto all'emissione di colesterina si possono ben spiegare i casi citati di sclerosi vasale precoce in individui fortemente emozionati.

La riserva alcalina, scrivevo altrove, negli emozionati è in una buona metà dei casi, tendente all'acidosi, alcune volte normale, raro all'alcalosi.

I valori disparati di questo indice sono apparentemente

contradditori, ma è interessante non perdere di vista il temperamento biochimico presistente dell'organismo; e tener presente l'effetto paradosso di alcune sostanze organiche e la loro dose che nei casi in esame necessariamente ci sfugge.

Ultimamente Laignel Lavastine e Cornelius hanno descritto l'ansietà nevrosi alcalina, servendosi dello studio del P. H. orinario; ma questo è un dato assai incostante.

Controllando riserva alcalina e tensione alveolare, si ha quasi sempre la riprova, come nei due casi da me riportati, che l'organismo dell'emozionato è acidosico.

Ciò concorda con le ricerche di Ratflin e collaboratori, che all'inezione di adrenalina risponde nell'organismo acidosi con ritensione di cloro; mentre all'iniezione di istamina succede alcalosi urinaria e sanguigna.

Debbo inoltre confermare il dato dell'abbassamento del calcio negli emozionati con rispettivo aumento del potassio.

Dopo di me Montarsul et Delaville (Soc. de Psychiatrie 22 maggio 1930) eseguendo ricerche umorali negli stati astenici e negli emotivi, hanno trovato quasi sempre aumento del potassio con diminuzione non costante del calcio nel sangue.

Ciò che si equivale in questo studio umorale dell'emozionato, perchè per la tendenza ipercalcemica o meno, a noi interessa il rapporto C: K.

La calcemia è la spia della funzione paratiroidea. E non è da escludersi per i disturbi obbiettivi un distiroidismo nelle emozioni (tremore, tachicardia, basedowismo, ecc,).

Così come altre glandole correlate con la tiroide sono chiamate in causa (pineale, interstizii ecc.).

In ultimo il potere complementare del siero, cui ho richiamato l'attenzione in tre mie precedenti note, e su cui tornerò prossimamente, diminuisce sino alle dosi minime, così come nella intossicazione da morfina.

Ho una sola conclusione da trarre dallo studio di questi due casi, che non sono rari ma portano l'impronta di personali considerazioni; ossia che gli organismi traumatizzati da scosse emozionali, quando non ritrovano, in un periodo di tempo più o meno breve, l'equilibrio, e la sindrome emozionale si trasforma in neurosi, vanno studiati e sondati nelle funzioni neuro-vegetative ed umorali, perchè nel piano neuro-endocrino ritrovasi la traccia del trauma subito.

BIBLIOGRAFIA

Heilbronner - dal Mohr - Staehelin - *Medicina Interna.*

Lepine - *Anaphilaxie cêrêbrale* (Rev. Neur. 1910).

Hartemberg - *Le Psychonêurôses ansieuses et leur traitement* - Alcan ed.

Pascal e Davesne - *Traitement des maladies mentales par les chocs* - Masson Edit.

Besredka - *Anaphlilaxie - Trattato di fisiologia norm. e patol.* - T. VII Pag. 427.

Pasteur Valery-Radot - *Ciò che si intende in medicina per anafilassi* - La presse Medical 5 giugno 1930.

Billard - *Progrès Medical* - N. 20, 14 marzo 1927.

Cornil et Goldenfoun - *Soc. de Psychiatrie* - Seduta 23 marzo 1930.

Puca - *Gli Etico astenici* - Annali di Nevrologia - 5-1929.

Tinel - *Soc. de Psychiatrie* - 21 novembre 1929.

Delmas - *Soc. de Psychiatrie* - 21 febbraio 1930.

De Fleury - *Soc. de Psychiatrie* - 23 marzo 1930.

Morselli - *Le neurosi traumatiche.*

Bumke - *Trattato di Psichiatria.*

Cannon - *Les émotions fortes et leur influence sur l'organisme* - *L'Encéfale* - N. 4, aprile 1930.

Derrien e Pieron - *De la reazione glicemica emozionale* - Journal de Psychologie - giugno 1923.

Dumas - *Traité de Psychologie.*

Puca - *Alterazioni bio-sierologiche nelle scosse emozionali* - Rivista di Psicologia N. 2 - 1930.

Pawlow - *Les reflexes conditionelles* - Paris - Alcan 1927.

Abely - *Annales Mèdico-Psycologiques* - 1920.

Laignel-Lavastine - Soc. Biol. - 17 aprile 1928.

Dide e Guirand - *Psychiatrie du Medicin Praticien* - Masson.

Sternberg - *Acta Medica Scaudinavica,* 1929

Nathan - *Manuel de Psychiatrie* - Masson

Rondoni - *Elementi di biochimica* - 1928.

Tinel et Santenoise - *Presse Medical* - 15 aprile 1929.

Rafflin e Saradyichvili - *Soc. de Biologie* - 9 novembre 1929.

Montarsul et Dellaville - *Soc. de Psich.* - 22 maggio 1930.

Dechaume et Croizat - *Lesioni nervose nell'anafilassi cronica sperimentale* - Soc. De Biol. de Lion - 8 giugno 1929.